

# Verlaufsbericht

## Vertrag

---

Arbeitgeber

Fallnummer

## Versicherte Person

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unfalldatum

Beruf

## ICD-Code und Diagnosebeschreibung

## Verlauf

a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):

b) Prognose:

c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)?

nein / ja, welche:

## Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung:



b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, konsiliarärztliche Untersuchung usw.):

c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung:

**Arbeitsaufnahme:**

a) Wiederaufnahme der Arbeit:

zu \_\_\_\_\_% seit \_\_\_\_\_; vorgesehen auf \_\_\_\_\_

b) Sollen wir uns beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit engagieren?    ja    nein

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten?    ja    nein

nein / ja, welcher Art:

**Behandlungsschluss:**

ja am: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

nein - voraussichtlich in \_\_\_\_\_ Wochen

**Bemerkungen**

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift und Stempel des Arztes**

---

**Hinweis:** Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an die nachfolgende Adresse:

**Vertraulich, Medizinischer Dienst, elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich**

Bei **Fragen** ist das Claims Management erreichbar unter **T +41 44 215 45 40** oder **claims.ch@elipslife.com**

